FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 64

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 février 1873.

PAR CHARLES-JOSEPH-NESTOR EURY,

Né à Vaudigny (Meurthe).

DES RUPTURES TRANSVERSALES

DE LA PORTION VAGINALE

DU

COL DE L'UTÉRUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1873

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G.). LASÈGUE. BEHIER.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires.

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

BAILLY.	MM. DAMASCHINO.	MM. GUENIOT.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	ISAMBERT.	PERIER.
BLACHEZ	DUBRUEIL.	LANNELONGUE.	PETER
BOCQUILLON.	GRIMAUX.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LE DENTU.	PROUST.
BROUARDEL.	GARIEL.	OLLIVIER.	TILLAUX.
CRUVEILHIER.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N. . . .
— des maladies des enfants	ROGER.
des maladies mentales et nerveuses	N. . . .
— de l'ophthalmologie	PANAS.
— des travaux anatomiques	Marc SEE.

Examinateurs de la thèse.

MM DEPAUL, *président;* BROCA, PAUL, DUBRUEIL.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

Par délibération du 7 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DES

RUPTURES TRANSVERSALES

DE LA PORTION VAGINALE

DU COL DE L'UTÉRUS

PENDANT L'ACCOUCHEMENT

> Nulla est pro certo noscendi via, nisi quam plurimas et morborum et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias collectas habere et inter se comparare.
>
> MORGAGNI. De sed. et caus. morb., liv. IV.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de voir au mois de septembre dernier, dans le service de M. le professeur Guéniot à l'hôpital des cliniques, un cas de rupture de l'utérus pendant le travail. Un accident de ce genre est toujours intéressant et rare; mais, en outre, le cas particulier méritait d'autant plus l'attention qu'il s'accompagnait de circonstances exceptionnelles. La rupture était survenue spontanément à la suite d'un travail extrêmement long, elle était transversale, limitée au col, dont toute la moitié postérieure avait été enlevée, le péritoine et le vagin restant intacts. Le pronostic était donc favorable malgré ce terrible accident, malheureusement la femme mourut d'une affection concomitante treize jours après l'accouchement.

Lorsque nous avons voulu étudier de plus près ce genre particulier de ruptures, nous avons été surpris de voir que les auteurs classiques en parlaient peu ou point, nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale qu'un très-petit nombre de faits analogues dispersés dans les recueils périodiques. La réunion aussi complète que possible de ces cas montrera, nous l'espérons, qu'il s'agit ici d'une variété spéciale de ruptures utérines différentes à plus d'un point de vue de celles que l'on observe et que l'on décrit d'ordinaire. Les quelques considérations que nous présentons résultent de l'étude attentive de ces cas : « C'est par la comparaison des faits ainsi recueillis, dit Morgagni, que l'on arrive le plus sûrement à la vérité.

Avant d'entrer en matière, nous remercions M. le professeur Guéniot qui a bien voulu nous communiquer ses notes personnelles et nous aider de ses conseils.

Notre travail se divise naturellement en quatre chapitres :

I. Définition, historique, fréquence.
II. Observations.
III. Anatomie, mécanisme et causes.
IV. Diagnostic, pronostic, traitement.

CHAPITRE Ier.

DÉFINITION, HISTORIQUE, FRÉQUENCE.

Définition.

Nous avons choisi pour titre : « Des ruptures transversales de portion vaginale du col de l'utérus. » Ce mot de rupture ne donne pas une idée tout à fait complète et exacte du genre particulier d'ac-

cident que nous étudions, mais il semble cependant encore le mieux approprié au sujet; du reste, M. Stoltz (1) dit en parlant des ruptures de l'utérus : « Il y a deux espèces de lésions de ce genre. Celles qui ont lieu spontanément, et auxquelles nous conservons plus particulièrement la dénomination de ruptures, et celles qui sont déterminées par des manœuvres imprudentes et difficiles, et qui méritent plutôt le nom de déchirures. » Le mot d'« arrachement » eût été beaucoup plus impropre que les précédents, car il implique l'idée de traction, et dans tous les cas relatés ici, le col a été emporté spontanément, c'est-à-dire sans manœuvres obstétricales, par la tête fœtale agissant de dedans en dehors en le poussant devant elle. La portion rompue a même pu être détachée complètement de l'organe, et pour ainsi dire à l'emporte-pièce.

Les ruptures de la portion vaginale du col apparaissent sous trois formes : ou bien elles partent du bord de l'orifice et s'étendent plus ou moins loin vers le haut, c'est-à-dire qu'elles sont verticales; ou bien elles sont transversales, la fente suivant les faisceaux musculaires; ou bien encore elles sont tout à fait circulaires, le col étant emporté en totalité.

La première forme peut être considérée comme normale, elle se produit presque toujours lors du premier accouchement, et même lors de l'avortement. Cet accident qui n'a pas, en général, de conséquences fâcheuses pour la santé de la parturiente, peut cependant devenir extrêmement dangereux, soit quand les parties sont restées longtemps écrasées contre les os, soit quand par exemple la solution de continuité se propage à la matrice, au péritoine ou au vagin. Les deux autres variétés n'en forment qu'une seule, à vrai dire, puisque la rupture circulaire n'est qu'une rupture transversale complétée; elles sont infiniment plus rares que la première, et c'est d'elles seules que nous nous occuperons.

---

(1) Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Art. Dystocie, t. XII, p. 187.

Historique.

Les auteurs anciens nous ont fourni peu de renseignements ; Crantz (1), que l'on a beaucoup cité, rapporte les noms d'un certain nombre de chirurgiens, Heisterus, Reiselius, Doldius, Dejean, Saviardus, etc., qui auraient vu des ruptures de la portion cervicale de l'utérus, mais il ne dit rien de précis.

Barbault (2), au dire de Mme Lachapelle, aurait parlé de ces ruptures transversales, mais ce n'est pas là notre avis.

La savante sage-femme de la Maternité, après avoir parlé des raisons qui, à son avis, prédisposent le col à ce genre d'accident, dit dans son troisième mémoire, page 106 (3) : « Tantôt, une déchirure transversale ou demi-circulaire détache un lambeau, une calotte du sphéroïde utérin, ou même la presque totalité de l'organe », et, en note, elle cite Barbault, tome II, page 81, et Doldius in Crantzio, page 14. Or, le premier dit seulement :

« J'ai vu une femme à qui le fond de la matrice a été déchiré, et deux à qui le fond du vagin avait été décollé de la matrice pour la plus grande partie pendant que l'on travaillait à retourner l'enfant. La première périt pendant l'accouchement, et les deux autres peu de temps après. » Il nous semble qu'il n'y a pas là simplement une rupture transversale du col. Quant à Crantz, voici ce qu'il dit : « Doldius

(1) « Henrici Nepomuceni Crantz, philosophus et med. doct. Cæsareæ scintiarum Academiæ membri commentarius de rupto in partus doloribus a fœtu utero. « Lipsiæ impensis Johanni Pauli Krausii, bibliopolæ Viennensis, 1776, p. 14. »

(2) Cours d'accouchement en faveur des étudiants en chirurgie, sages-femmes et aspirants à cet art, par Antoine-François Barbault, professeur et démonstrateur en l'art et science des accouchements aux écoles de chirurgie, ancien prévot, conseiller vétéran de l'Académie royale de chirurgie, et ancien conseiller chirurgien ordinaire du roy en son châtelet de Paris. Paris, 2 vol. in-12, 1775.

(3) Pratique des accouchements. Paris, 1821.

« observatione citata hæc verba habet : alvulsus fuit uterus et dila-
« ceratus a cernui seu sinu muliebri omnibusque vicinis partibus
« quibus adnasci solet. » On voit dans quels termes vagues sont conçues ces observations anciennes, et le peu d'utilité qu'on peut en tirer.

Duparcque (1) parle des causes et du mécanisme de ces ruptures, de leur résultat relativement à l'enfant et à la mère, de leurs signes, de leur traitement, mais ne cite aucun cas analogue aux nôtres, hormis celui de « Scott rapporté par Merriman in *Synopsis of difficult. parturit*, etc., page 266. » Or, il nous a été impossible de trouver trace de cela dans Merriman, et du reste celui-ci n'a pas rapporté, mais bien lu le cas comme l'indique le titre de l'observation de Scott, que nous citons conforme à l'original. Plus loin il cite « Malgaigne, *Gazette médicale*, 1832, page 66, et cette citation est aussi inexacte que la précédente.

Les autres auteurs nous ont fourni tout aussi peu de renseignements, il serait trop long de les citer tous ; voici cependant quelques indications :

Thèses de Paris : Deneux, 1804 ; Lamare-Riquot, 1822 ; Giprat, 1834 ; Taurin, 1853 ; Rey, 1854 ; Frilleux, 1856 ; Poidevin, 1859, etc., puis les ouvrages de Dezeimeris (2), N., P. Dubois (3), Velpeau (4), la thèse de concours pour l'agrégation de Mattei, Paris, 1860, dans laquelle on trouve une singulière cause de rupture utérine : « Un homme, au dire du professeur Pitha, de Vienne, monta debout sur le ventre d'une femme pour redresser la matrice ; » puis enfin les traités d'accouchements de Cazeaux, Chailly-Honoré, Joulin, Nægele et les articles des dictionnaires médicaux. Notons cependant que M. le

(1) Histoire complète des ruptures de l'utérus et du vagin. Paris, 1836, vol. II, p. 200.

(2) Mémoire sur les ruptures de matrice in Journal l'expérience, 1838.

(3) Art. Utérus du dictionnaire en 30 volumes.

(4) Traité d'accouchements, 2e édition.

professeur Depaul, dans ses leçons cliniques, à propos des accidents qui survienent penndant le travail, parle des ruptures transversales incomplètes de la portion sous-vaginale du col.

A l'étranger le travail le plus complet qui ait été fait sur le sujet appartient à Staude (1). Cet auteur rapporte une observation personnelle et parle de plusieurs autres appartenant à Levy, Meigs, etc.; mais il s'abstient de dire où ces praticiens ont consigné le résultat de leurs travaux. S'ils étaient universellement connus, peut-être suffirait-il de les nommer simplement; mais, ici ce n'est pas le cas, et il nous a été assez difficile de retrouver dans les journaux de médecine, dans les recueils périodiques les quelques cas que nous rapportons.

Fréquence.

Joulin (2) parlant des ruptures utérines en général, dit qu'il y en a en moyenne une sur 2,000 accouchements. Merriman (3) en a vu une sur 1800; Bland (4) n'en a vu aucune sur 1897, et sur 20,517 accouchements observés à la Maternité de Paris (5), il n'y a eu qu'un seul accident de ce genre, dans un cas de rétrécissement extrême. La rupture de l'utérus est donc rare en général, et l'on comprend que les auteurs se soient peu préoccupés de la variété que nous étudions. Cazeaux dit qu'elle est normale et qu'il n'y a pas à s'en occuper; Chailly-Honoré n'en parle pas du tout. M. Stoltz (6) dit: «que dans cet article il ne sera pas question de la rupture de la portion vagi-

---

(1) Staude. In Beitrage zür Geburtshülfe und gynœcologie, 1 band, 3 helft. Berlin, 1872.

(2) Traité d'accouchements.

(3) In tableaux annexés au Mémorial de l'art des accouchements, par Mme Boivin, 1817.

(4) Id.

(5) Id.

6) Loc. cit., p. 187.

nale du col qui est plus ou moins profonde et survient notamment chez les primipares.» Il nous est donc impossible de donner une idée exacte de la fréquence de cette forme spéciale, d'autant plus que certains cas ont pu passer inaperçus, la gravité étant beaucoup moindre que dans les cas ordinaires, comme il sera facile d'en juger d'après nos observations, et comme il aurait pu arriver parfaitement du reste dans le cas de Scott, où l'on trouva la portion enlevée mêlée aux caillots entre les cuisses de la parturiente.

CHAPITRE II.

OBSERVATIONS.

Voici les observations que nous avons pu recueillir :

OBSERVATION I. (Prise chez M. Guéniot.)

Le 13 septembre 1872, est entrée à 9 heures du matin, à la Clinique, la nommée X..., âgée de 28 ans, primipare. Cette femme a eu ses règles pour la dernière fois le 25 novembre 1871.

Elle est de constitution moyenne, elle a été réglée pour la première fois à 15 ans, et depuis cette époque régulièrement tous les mois pendant six jours. La grossesse n'a présenté aucun accident, aucune complication, à part quelques vomissements au début. C'est une femme petite, pâle, elle a la main courte, les bras normaux, les jambes non incurvées ; mais les fémurs offrent une courbure antéro-externe sensiblement exagérée qui fait pressentir un bassin rachitique. Cette malade raconte que les membranes se sont rompues dans la nuit du 3 au 4 septembre, vers une heure du matin ; du 4 au 7, elle a ressenti de temps à autre des contractions utérines faibles, peu douloureuses, toujours suivies de pertes de liquide amniotique. Dans la nuit du samedi 7 au dimanche 8 et toute la journée du dimanche, les douleurs furent très-fortes et régulières ; elles furent modérées dans celles du dimanche au lundi, et après une exacerbation violente pendant cette journée du lundi, elles restèrent sourdes et peu intenses jusqu'au jeudi 12 septembre.

On fit alors appeler une sage-femme qui administra 2 grammes d'ergot de seigle en deux fois. Ce médicament produisit de violentes contractions très-douloureuses, qui ne firent qu'aggraver la situation, et l'accouchement ne se terminant pas, Mme X... se décida à entrer à l'hôpital, le 13 septembre à 11 heures du matin.

En ce moment, la tête du fœtus se trouve dans l'excavation, ayant franchi l'orifice utérin; la position est O.I.G.A., la femme ne souffre plus. L'utérus est dans un état de contraction permanente, le pouls à 120, la peau sèche et chaude; le doigt qui a servi au toucher répand une odeur de putréfaction et revient teint de méconium. M. Chantreuil, chef de clinique, applique le forceps en présence de M. Guéniot, cette application ne présente rien de particulier qu'un écoulement de sang noir lors de l'introduction de la première branche. Il fallut employer des tractions énergiques pour faire franchir aux épaules le détroit supérieur; le fœtus était putréfié légèrement et pesait 3950 grammes. A sa suite apparut à la vulve un lambeau charnu, épais, de nature muqueuse, de forme allongée et répandant une odeur de putréfaction.

Deux heures après, la délivrance ne se faisant pas, l'on tira sur le cordon, et le placenta n'étant pas accessible au doigt, l'on mit la main dans l'utérus; celui-ci était comme tétanisé, il était rétracté sur le délivre, et le tenait emprisonné. Comme le lambeau était adhérent, une ligature fut appliquée sur le pédicule et toute la partie située au-dessous de cette ligature fut excisée. Elle présentait des contours minces déchiquetés, une couleur noirâtre dans les trois quarts de son étendue, rouge et fraîche dans l'autre quart qui était encore en communication avec la circulation utérine; à l'examen microscopique, l'on reconnut dans ce tissu des fibres musculaires, du tissu conjonctif et de gros vaisseaux.

Le 14. A la visite, pouls fréquent, 108. Pas de ballonnement du ventre ni de frisson.

Le 16. Etat général satisfaisant, la malade a été sondée hier, le fil de la ligature est tombé seul, sans hémorrhagie. P. 108.

Pr. Julep avec: teinture de digitale, 20 gouttes; extrait de jusquiame, 0 gr. 20. Catapl. vulvaire. Catapl. ventral. Injections vaginales avec permanganate de potasse 1 gr.

Le 17. Rien de particulier. P. 108.

Le 18. La malade va bien, ne se plaint de rien. P. 110.

Pr. Julep avec: teinture de digitale, 20 goutt.; extrait de jusquiame, 0 gr. 15. Puis, huile de ricin 15 gram. Catapl. vulvaire. Onctions avec onguent napolitain belladoné. 4 injections vaginales.

Le 19. Etat général bon; au toucher rien de particulier; cette exploration n'est

pas poussée trop loin pour ne pas contondre les grandes lèvres qui sont tuméfiées. Les lochies sont très-peu abondantes et très-peu fétides, pas d'oppression, ni de frisson. L'huile de ricin a procuré 7 selles. P. 108.

Pr. Tilleul. Même potion, même cataplasme. Bordeaux 50 gram.; potage.

Le 21. La malade a eu hier deux frissons légers, le premier seulement a été suivi de sueurs, le second n'a pas duré plus d'une minute, et a commencé par le haut du corps. P. 108. Teint pâle, langue bonne, ni malaise, ni douleur.

Pr. Sirop de capillaire, eau de vie vieille, aa 50 gr. Tisane légère de menthe. Potage, bordeaux. Pr. Extrait mou de quinquina, 1 gr.

Le 22. La malade n'a pas dormi, elle a éprouvé hier dans la journée, vers 11 heures, une sensation de froid, mais pas de frissons véritables. Vomissement bilieux. Respiration un peu fréquente. Lochies pas trop fétides, un peu de tympanite abdominale. P. 132.

Pr. Potion avec : sirop de capillaire, 60 gr.; eau de menthe, 40 gr.; cognac, 60 gr. Bordeaux, 80 gr.; potage. Pr. Extrait mou de quinquina, 1 gr. Pr. Une pilule d'extrait thébaïque de 0 gr. 05.

Le 23. Peau chaude, frisson et fièvre hier vers 11 heures. Peu d'écoulement vaginal, peu d'odeur.

L'accouchée se plaint pour la première fois de douleurs dans la cuisse droite, elle ne peut la remuer, la pression provoque des cris; rien au mollet; douleurs à l'articulation scapulo-humérale droite. Il y a probabilité de dépôts purulents, le sommeil a cependant été bon. P. 140.

Pr. Onctions avec onguent belladoné, ouate sur le ventre. Tisane de menthe légère, même prescription.

Le 24. Hier frisson très-intense, la peau est chaude, la langue sèche; la malade dit se trouver très-bien, ne souffrir nulle part. P. 144.

Le 25. L'état général a empiré, les frissons se sont multipliés, le pouls est petit, fréquent, la face terreuse, les gencives fuligineuses.

Le 26. Mort à 4 heures du matin.

Autopsie. Foyers purulents dans les poumons, abcès métastatiques dans le poumon droit; rien dans le péritoine; aucune lésion des annexes de l'utérus, vessie et rectum parfaitement sains, à part quelques petits îlots vasculaires suites de contusions, qui dans tous les cas n'auraient pu produire d'eschares. Dans la cuisse droite de laquelle la malade se plaignait beaucoup, l'on trouve du pus en petits foyers multiples de la grosseur d'une noisette et des dépots purulents dans les veines musculaires de la région externe.

Le bassin est rétréci, le diamètre sacro-pubien n'a que 92 millimètres.

L'utérus est bien rétracté moins gros que les deux poings. En le fendant l'on trouve les sinus béants, renfermant du pus; sa cavité est tapissée par une pseudomembrane purulente. Tous les vaisseaux sont remplis de pus, les lymphatiques n'offrent rien de particulier.

Toute la région postérieure et latérale droite du col avec un peu de la portion avoisinante de la muqueuse vaginale manquent. La perte de substance, tout en correspondant manifestement au lambeau excisé, présente des dimensions bien moindres.

La malade est donc morte d'une phlébite suppurée des sinus utérins, suivie d'infection purulente. La déchirure du col ne parait pas avoir joué un rôle important dans la terminaison; car la plaie était en bonne voie et c'est l'insertion placentaire qui semble avoir été le point de départ de cette phlébite mortelle. Il est probable même que cette femme aurait guéri sans grande déformation des parties; le rectum et la vessie étaient sains, et il ne parait pas déraisonnable d'attribuer une large part dans la production de l'accident à la longueur du travail, à la présence prolongée du fœtus dans les parties maternelles et à sa putréfaction, et enfin à l'état tétanique produit par l'administration intempestive de l'ergot de seigle. On avait affaire à une rachitique qui portait un rétrécissement léger à la vérité, mais toutefois suffisant pour contre-indiquer l'emploi de ce médicament.

La déchirure du col utérin était certainement antérieure à l'application du forceps et ne saurait être imputée à celle-ci,

1° Parce que dès l'introduction de la première branche qui fut régulière et facile il s'écoula du sang noir comme dans les ruptures de l'utérus;

2° Parce que le lambeau détaché était manifestement noir, contus et comme sphacélé, annonçant une séparation déjà ancienne;

3° Enfin parce que des contractions utérines qui ont été assez énergiques pour faire franchir à la tête le rétrécissement ont été suffisantes pour emporter le col utérin (1).

Tout porte à croire que c'est la tête fœtale qui, retenue au niveau du détroit supérieur pendant un certain temps et se précipitant ensuite brusquement dans l'excavation, a produit la rupture.

---

(1) Les diamètres de la tête fœtale étaient :

Occipito-frontal. . . .	0 m.	125
— mentonnier.	0	150
Bi-pariétal	0	095
Sous-occipito bregmat	0	105

La femme avait 28 ans, elle était primipare, le col était vraisemblablement rigide comme il n'est pas rare de l'observer en pareil cas, et l'ergot de seigle aidant, l'on conçoit la possibilité de l'accident. Ainsi, le lendemain de l'accouchement, malgré une perte de substance considérable, et la longueur du travail, la malade était bien, le surlendemain aussi. Comme elle n'urinait pas, on la sonda, le fil de la ligature tomba seul et sans hémorrhagie. Pendant cinq à six jours, le pouls ne dépassa pas 110, et l'état général se maintint bon. Vers le sixième jour, premier frisson survenant sans que l'accouchée ait eu aucune émotion, ait commis aucune imprudence; c'était là le début de l'infection purulente. A partir de ce moment, il survint de la tympanite abdominale, les frissons se succèdent, remplacés quelquefois par de simples sensations de froid, le pouls atteint 120, et une douleur qui s'exaspère au moindre contact apparaît à la partie externe de la cuisse droite; enfin la malade succombe le treizième jours après avoir présenté des symptômes typiques d'adynamie et d'infection purulente.

OBSERVATION II (de Scott).

Case of a separation of a portion of the uterus during severe labour by P. N. Scott, esq., surgeon of Norwich; communicated by Dr Merriman, Read March. 1821.

In Medico-chirurgical Transactions. London, 1821, tome XI, page 392.

Un dimanche, le 29 octobre à sept heures du soir, j'ai été appelé par M. Keymer estimable chirurgien de cette ville, pour visiter Mme Hall, femme mariée âgée de 36 ans, qui était en travail de son premier enfant. Il me raconta qu'elle attendait depuis quatorze heures, que le travail avait commencé vers six heures du soir, samedi dernier, au moment où il la vit pour la première fois et que le liquide de l'amnios (ainsi que le lui avait rapporté la nourrice) s'était échappé quelques heures avant son arrivée ; mais que l'accouchement avait fait peu de progrès vers la délivrance. M. Keymer est un homme d'une grande expérience, d'une pratique étendue, surtout dans la branche obstétricale, et cependant il m'assura qu'il n'avait jamais vu un cas où les souffrances de la patiente avaient été aussi vives, l'orifice utérin aussi rigide et inextensible.

A mon arrivée, les douleurs continuaient, l'orifice utérin était dilaté, large à peu près comme une pièce de une demi-couronne, et formé par un tissu induré, et inextensible, à l'exception d'une légère portion spongieuse, tuméfiée, montrant de la tendance à s'étendre.

Comme Mme Hall était d'une nature délicate, faible et lymphatique, je jugeai la

saignée contre-indiquée, et je recommandai en conséquence des fomentations chaudes et autres moyens de soulagement.

Le lendemain à onze heure, je la visitai de nouveau avec M. Keymer. Elle avait passé une nuit sans repos, tourmentée par des douleurs constantes et extrêmement violentes, s'écriant continuellement qu'elle était certaine «d'éclater.» L'état était alarmant et elle me parut devoir succomber rapidement. Elle me raconta avec difficulté, que deux heures à peu près auparavant, elle avait senti quelque chose se rompre tout à coup, et pour me servir de ses propres expressions, «que le tissu de son corps avait une voie»; une assistante déclara avoir entendu la lésion se produire. Les douleurs avaient soudainement cessé, puis était survenu un écoulement de sang, avec évanouissement, sueurs froides, pouls faible et vomissement de liquides glaireux. En introduisant ma main sous les draps, je trouvai effectivement qu'il y avait eu une hémorrhagie considérable et au milieu des caillots, je découvris une substance que je mis de côté pour un examen postérieur. A ce moment la tête de l'enfant était assez bas et il me fut facile d'achever l'accouchement avec le levier.

L'enfant était vivant, et le placenta fut expulsé sans difficulté. A partir de ce moment la patiente sembla revivre sous l'influence de légers cordiaux, mais elle conserva une tension de l'abdomen et une tympanite, telles que je n'en avais jamais vu de pareilles, le cas me parut sans espoir et je la quittai persuadé qu'elle succomberait. Le mardi matin, l'abdomen était extraordinairement tendu, beaucoup plus large qu'avant l'accouchement, et pendant dix jours cette tension persista avec une sensibilité remarquable, le pouls rapide et faible, la langue chargée, la peau chaude. Je lui retirai environ trois ou quatre pintes d'urine très-fétide, et je dus répéter cette opération quatre ou cinq fois. Pendant une semaine, je lui administrai des doses considérables de calomel, de sel d'Epsom, de sénéga, et elle resta fatiguée et languissante pendant un mois; l'utérus reprit ses dimensions normales en même temps que plusieurs grands coagula étaient expulsés. L'usage de légers toniques et d'une diététique nourrissante eurent raison de son émaciation et lui rendirent peu à peu ses forces. Aujourd'hui, la santé de Mme Hall est rétablie mais elle souffre d'une descente de matrice et d'une grande sensibilité de la vulve.

A ma dernière exploration *per vaginam*, que je fis trois semaines après la délivrance, je trouvai le vagin et l'utérus formant une cavité continue sans aucune séparation. Les règles ont reparu cinq semaines plus tard précédées de douleurs dans les reins, ont été peu abondantes et n'ont duré que deux jours. L'enfant se porte bien.

La substance à laquelle j'ai fait allusion plus haut et que j'ai présenté à la Société a été examinée par MM. X..., etc., qui comme moi ont reconnu que c'était

là la portion cervicale de l'utérus avec l'orifice du col intact au milieu de cette espèce de calotte.

OBSERVATION III (de Lévy).

In Staude (Beitræge zur Geburtshülfe und gynœcologie. 1 Band. 3 Helft. Berlin, 1872.

Il s'agit d'une primipare de 35 ans. Le commencement du travail fut pénible et douloureux, accompagné de vomissements. Après deux jours passés ainsi, les vomissements cessèrent, le col commença à s'entrouvrir, les douleurs s'affaiblirent. Le lendemain elles revinrent, mais malgré cela le col s'élargit peu et le soir les eaux s'écoulèrent. Le soir du quatrième jour, l'ouverture du col avait la largeur d'un pouce à peu près, les douleurs étaient intenses; soudain, après une contraction plus violente que les autres il tomba des parties génitales une partie mollasse semblable à du sang, que la sage-femme présente prit pour un coagulum sanguin, et aussitôt, sans difficulté, apparut la tête, puis le tronc de l'enfant, puis le délivre. La perte de sang ne fut pas considérable, la femme ne présenta aucun accident pendant ses couches, et quatorze jours après, elle donnait aide à son tour à une femme dans le même cas.

Le morceau parti comprenait tout le col utérin encore recouvert par la muqueuse vaginale. La préparation représentait un segment de sphéroïde, concave, convexe, de 2 pouces de large sur 3 pouces d'avant en arrière, et au milieu se trouvait une ouverture large de 1 pouce environ qui n'était autre chose que l'orifice même du col.

OBSERVATION IV (de Staude).

Un cas de rupture circulaire et d'expulsion de la portion vaginale du col pendant l'accouchement. — Beitræge zur Gebursthülfe und gynœcologie. 1 Band. 3 Helft. Berlin, 1872. (Traduit par Lauth, in Gazette médicale de Strasbourg, juin, 1872.)

Cette observation se rapporte à une femme de 26 ans, primipare, qui fut soignée à la Policlinique de Berlin. Agée de 26 ans, sans antécédents morbides, elle fut réglée pour la dernière fois le 19 juillet 1870. La grossesse ne fut troublée par aucun incident. Dans la soirée du 8 mai 1871, après s'être livrée à un travail actif, elle éprouva une perte qui se répéta la nuit suivante, mais fut cette fois moins copieuse. Le repos suffit pour en prévenir le retour. Le 15 mai survinrent les pre-

mières douleurs. Le 15, à sept heures du soir, l'élève de service constata que l'orifice était dilaté comme un « silbergroschen » (1), que le contour en était rigide, que les membranes étaient intactes. C'était une présentation crânienne; les petites parties se percevaient dans le côté droit du ventre, les dimensions du bassin étaient normales. La femme n'accusait qu'une sensation de tension et de tiraillement au-dessus de la symphyse pubienne; les urines étaient rendues spontanément, un lavement avait produit une évacuation normale. Sur les conseils d'une garde la femme avait, pendant les douleurs, coopéré par des efforts d'expulsion auxquels on lui prescrivit de ne plus se livrer. On la fit reposer sur le côté gauche; le 16 mai, à 5 heures du matin, l'orifice se dilata comme une pièce de « un gulden » (2); les membranes se rompirent. Les douleurs devinrent plus vives vers midi, l'orifice était dilaté comme une pièce de « un thaler » (3); on percevait la petite fontanelle en avant et à gauche. Malgré des douleurs énergiques, l'orifice ne se dilata plus, la lèvre antérieure se tuméfia et resta rigide. On fit des injections chaudes. Vers six heures, après une douleur très-vive, on trouva l'orifice complètement dilaté, la tête descendue dans l'excavation; du côté droit on sentit une tumeur de la consistance du tissu utérin, qui, avec la progression de la tête, finit par faire saillie entre les grandes lèvres sous forme d'une masse rouge violacée, qui présentait une fente longitudinale; plus haut on découvrit une nouvelle fissure qui contournait la tête, et dont on ne pouvait atteindre l'extrémité supérieure. Pendant l'exploration, il s'écoula du méconium, de sorte que le forceps fut appliqué en ménageant autant que possible la partie prolabée. L'extraction de la tête, qui était volumineuse et dure, fut assez difficile, et lorsque la grande fontanelle apparut à la commissure du périnée, la tumeur tomba en dehors des parties. L'enfant, qui était mort et du sexe masculin, pesait 3,930 grammes. La délivrance se fit spontanément. Il n'y eut plus d'hémorrhagie après l'accouchement. En examinant la femme le lendemain, on ne trouva plus de col; la cavité du vagin se continuait directement avec celle de l'utérus. Quinze jours après, la femme se leva; elle conçut de nouveau au bout de trois mois et demi, et fit un avortement dans le deuxième mois de cette grossesse. A un nouvel examen, on constata l'absence de la portion vaginale du col, qui était remplacé par un rebord échancré et présentant à sa partie centrale un petit orifice dans lequel le doigt pouvait s'engager.

La partie qui s'était détachée correspondait à la portion vaginale du col et pré-

(1) Le silbergroscher est un peu moins gros que le franc.
(2) Environ 2 fr.
(3) La pièce de 1 thaler est un peu plus petite que notre pièce de 5 francs.

sentait en son milieu un orifice qui avait les dimensions d'un écu. La surface externe était lisse, la surface interne présentait manifestement les traces de l'arbre de vie. Le bord arraché présentait une éraillure profonde de 3 centimètres et donnait insertion à plusieurs lambeaux de la muqueuse utérine. Les parties qui correspondaient aux lèvres de l'orifice étaient constituées par un tissu presque caverneux formé de vaisseaux d'un calibre énorme et remplis de sang; dans ce réseau étaient interposés des trabécules de tissu conjonctif et musculaire. Près de la surface de séparation, les parties musculaires devenaient prépondérantes, les vaisseaux plus rares et plus étroits, le tissu interstitiel plus discret. Il n'avait pas été possible de constater une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires.

OBSERVATION V (de Power).

In the Dublin journal of medical science. Vol. XVI.

Le docteur Carmichael m'a communiqué le cas suivant :

Un soir de l'automne dernier, je fus appelé à visiter une jeune femme non mariée qui, à ce que l'on me dit, était sur le point d'accoucher pour la première fois. A mon arrivée, l'on m'annonça que la poche des eaux venait de se rompre peu de temps auparavant; je trouvai l'orifice assez dilaté pour admettre le bout du doigt, mais très-dur et très-résistant, les douleurs régulières quoique faibles. Elles restèrent aussi peu intenses pendant toute la journée, la nuit et la journée du lendemain. Pendant cette période de contractions insuffisantes, la tête n'avança point, et le col se dilata lentement ; l'ouverture aurait pu admettre une pièce de un crown (1), mais pas davantage, et ses bords restaient indurés; aussi, en l'absence de déformation pelvienne, je pensai que l'obstination du col à rester non dilaté tenait à cette insuffisance d'action de l'utérus, et je me décidai à administrer l'ergot de seigle. J'en donnai d'abord cing grains, et dix minutes après l'utérus était manifestement *ergotisé;* comme l'orifice ne cédait pas, je maintins la matrice sous l'action du médicament en renouvelant les doses quand cette action faiblissait. J'en fis prendre ainsi trois à peu près dans l'espace d'une demi-heure, et l'effet produit eût été évidemment, dans un cas normal, bien suffisant pour provoquer la dilatation du col; néanmoins celui-ci résista. L'on pourrait dire que j'aurais dû employer les saignées, l'émétique et d'autres moyens; tout ce que puis répondre, c'est qu'après avoir bien réfléchi je me décidai pour l'ergot de seigle; dans des cas si rares et si difficiles, chaque médecin agit et pense à sa manière, et tous d'une façon différente.

(1) Le crown est une pièce d'argent qui vaut 6 fr. 26.

Finalement, le col ne put résister davantage, la tête s'engagea brusquement dans le bassin poussant la portion cervicale devant elle. Dans le courant de la seconde soirée, la situation s'aggrava; la patiente eut du délire, le pouls devint rapide et irrégulier, et elle parut devoir succomber rapidement si l'accouchement n'était pas bientôt terminé. Le forceps étant manifestement contre-indiqué, il ne restait donc qu'à appliquer le crochet, dans l'espoir (si toutefois l'on pouvait encore espérer), de faire sortir l'enfant en le démembrant. L'on introduisit le perforateur, et après avoir vidé le crâne et appliqué le crochet sur un pariétal, l'on exerça des tractions très-douces pour amener le fœtus. Tout à coup, une contraction utérine très-violente expulsa la tête, et devant elle un lambeau formé par l'orifice utérin, entouré d'une partie de la portion cervicale. Cet orifice mesurait en diamètre environ 3 pouces 1/2, et la préparation est gardée au musée de Coombe.

La délivrance se fit comme à l'ordinaire, cependant il y eut une hémorrhagie assez grande et une inertie utérine qui exigea des affusions froides.

Deux heures après, la situation devint plus alarmante, la malade eut de la jactitation, du délire, de la difficulté de respirer, etc.

J'ordonnai une potion calmante qui amena de la tranquillité, je pansai la plaie utérine et je me retirai après avoir donné toutes les instructions nécessaires à une personne compétente.

A ma visite du lendemain, que, je le confesse, je ne faisais pas sans appréhension, je trouvai, à ma grande surprise, la malade assise sur son lit et mangeant son déjeuner; elle me parla du changement qui s'était opéré dans sa position depuis la veille. La convalescence fut courte et sans accident; actuellement l'orifice accidentel est à la place qu'occupe normalement le col, à la partie antérieure et supérieure du vagin; les menstrues sont irrégulières, très-abondantes, et renferment de nombreux caillots.

L'auteur a joint à son observation une figure qui montre le col vu par sa partie supérieure, et l'orifice parfaitement intact.

OBSERVATION VI (de Lewer).

Deux cas de travail prolongé par suite de rigidité insurmontable du col, par John C.-N. Lewer M. D. in Guy's hospital Reports, 1845, page 173.

Nous donnons ici celle de ces deux observations qui a rapport à notre sujet.

Dans l'après-midi du mercredi 12 septembre 1844, M. Dry de Walworth me demanda mon opinion sur un cas à propos duquel il me donna les renseignements suivants :

Le mardi de la semaine précédente il avait été appelé auprès de Mme S..., âgée de 33 ans, en train d'accoucher de son premier enfant. La poche des eaux s'était crevée pendant un accès de toux; les douleurs étaient faibles, l'orifice peu dilaté. Après un examen rapide, il la laissa et ne fut rappelé que le lendemain à huit heures. Les douleurs n'étaient pas devenues plus pressantes; il prescrivit l'administration de 25 grammes de *liquor opii sedativa* et quitta la parturiente. Deux heures après, à une nouvelle visite, il la trouva tranquille. On le rappela dans l'après-dînée; les douleurs étaient faibles, et à l'examen vaginal il constata que le col ne s'était que fort peu dilaté. Pendant les jours suivants il visita Mme S... plusieurs fois, le pouls, l'appétit et les forces se maintenaient parfaitement. Mardi matin, à quatre heures, on vint le chercher en toute hâte; les douleurs étaient fréquentes, pénibles, violentes, l'orifice utérin un peu plus large qu'un schilling, à bords épais et rigides. La tête semblait, surtout pendant les contractions, presser fortement sur la partie antérieure du cervix, le pouls était plein et dur. M. Dry fit une saignée de 16 onces et administra un clystère de gruau qui fut rendu bientôt après avec une quantité considérable de matières molles, ressemblant à de la fécule. Après la saignée les douleurs se calmèrent; comme la parturiente habitait à côté de chez lui, il lui fit plusieurs visites dans la journée et l'examina fréquemment. La dilatation ne fit aucun progrès, bien que l'utérus se contractât de nouveau avec fréquence et énergie; alors il enduisit le col et l'orifice utérin avec l'extrait de belladone, mais sans aucun résultat.

Telle était la situation lorsqu'il me fit l'honneur de me demander mon avis. J'essayai d'amener un état nauséeux à l'aide du tartre stibié; mais bien que les effets de l'antimoine aient persisté pendant quelque temps, l'orifice resta dans le même état, et il fallut une dose considérable d'opium pour obtenir l'effet demandé. Les douleurs, qui s'étaient calmées pendant quelque temps, revinrent bientôt avec une nouvelle violence, et les lèvres du col, surtout la lèvre antérieure, augmentèrent d'épaisseur tout en restant rigides. L'on surveilla la patiente pendant toute la journée; à quatre heures, passant accidentellement devant la maison, je montai pour la voir et l'on me dit que, pendant une contraction brusque et inattendue, une portion de l'utérus avait été expulsée (voir la préparation). Cette portion était considérable et sentait très-mauvais.

L'état général de la malade était inquiétant; la face était couverte de sueur, la respiration tranquille, le pouls à 140. L'abdomen était tendu, les douleurs très-fréquentes et très-intenses; l'écoulement vaginal horriblement fétide; par l'anus s'écoulaient, comme elle avait conscience du reste, des matières ressemblant à de la bouillie. La tête fœtale pressait sur le périnée qui était d'une couleur rouge foncé,

œdémateux, gonflé; la fourchette commençait à se déchirer. Cette tête paraissait large, complètement ossifiée, les os ne jouaient plus les uns sur les autres, et il était impossible de la faire remonter. Craignant que les contractions n'arrivassent à former un canal unique du vagin et du rectum, j'introduisis le perforateur après avoir vidé la vessie, et je terminai l'accouchement au moyen du crochet. Le placenta suivit bientôt. La femme mourut d'infection purulente; il n'y eut pas d'autopsie.

La préparation, qui est magnifiquement représentée dans l'ouvrage, comprend tout le col utérin entouré de quelques lambeaux de tissu; l'orifice est parfaitement intact.

OBSERVATION VII (de Lange).

Rapport sur la clinique gynæcologique du docteur Jungmann, à Prague, par Lange Prager Viertel. 1845, IV, p. 20.

Dans cette observation, il s'agit d'une primipare âgée de 25 ans, et affectée d'une descente de matrice. Les eaux s'étaient écoulées après un travail de douze heures en même temps qu'il était sorti un peu de sang du vagin. Deux jours après, l'ouverture du col avait à peine atteint la grosseur d'un *kupfergroschen*, malgré des contractions violentes qui avaient énormément fatigué la malade. L'orifice montrait un peu plus de tendance à se dilater, mais il était infiltré et ne paraissait pas vouloir se retirer derrière la tête fœtale; on appliqua le forceps très-facilement, et à l'aide de quelques tractions, on amena l'enfant qui avait une tête considérable. Avant sa sortie, un lambeau charnu, d'un bleu rougeâtre, pincé entre la tête et le vagin, apparut à la vulve et tomba au dehors. C'était l'ouverture de l'utérus complètement intacte entourée de la portion vaginale du col. Les bords étaient irréguliers, en partie coupés, en partie arrachés, partout infiltrés de sang, mous, très-déchirables, comme écrasés.

Le segment inférieur avait été évidemment écrasé contre les os au moins en partie; il s'était fait une ouverture artificielle qui avait été prise pour celle du col et par laquelle on avait fait pénétrer le forceps. Car si celui-ci avait été introduit par l'orifice normal le lambeau formant anneau serait resté autour des branches de l'instrument et n'aurait pu tomber au dehors avant l'enfant. Il est clair que c'est la compression exercée sur la partie du col comprise entre la tête d'une part et les parois du bassin de l'autre, qui a amené l'accident, et que celui-ci se serait tout aussi bien produit si l'on avait introduit le forceps par l'ouverture naturelle, ou si l'on avait laissé à la nature le soin de terminer l'accouchement. La malade mourut six heures après d'endométrite septique ou de péritonite.

A l'autopsie, l'utérus était grand quoique déjà revenu sur lui-même. Il n'y avait pas de trace de la portion vaginale du col et le vagin parfaitement intact se continuait directement avec l'utérus.

C'est là un exemple d'une forme rare de rupture utérine, qui montre aux praticiens qu'il ne faut pas attendre trop longtemps dans les cas de descente de matrice.

OBSERVATIONS VIII et IX (de Kennedy).

Deux cas communiqués à la séance de la Société obstétricale de Dublin, en avril 1840.

In the Dublin journal of medical science. Vol. XVI.

8° A la fin de la discussion le docteur Kennedy fit voir les préparations de deux cas dont il rapporte l'observation et dans lesquels l'orifice utérin a été entièrement et spontanément séparé pendant le travail.

1° Catherine Kelly accoucha, à l'hôpital, de son sixième enfant le 7 mars dernier, après un travail de sept heures. Dix heures après la délivrance et l'expulsion du placenta, l'attention fut attirée sur une substance charnue qui sortait de la vulve et pendait à l'extérieur. L'exploration montra que ce lambeau tenait à l'orifice utérin antérieurement et à droite, et qu'il était composé des deux tiers de la portion vaginale du col. Le médecin présent le sépara par torsion, et le tout représentait exactement la portion cervicale de l'utérus. Il ne s'ensuivit aucune hémorrhagie, aucun symptôme grave.

9° Le second fait a été observé par Curtis qui faisait le service à ce moment. C'était un cas de travail prolongé, par suite de congestion du col et de non-dilatation de l'orifice ; et de plus avec un bassin dont les dimensions étaient au-dessous de la moyenne.

2° Le 1er avril, à dix heures du matin, l'orifice aurait pu admettre une demi-couronne, il commençait à s'œdématier, les douleurs étaient fréquentes, la poche des eaux rompue. On donna de l'émétique qui produisit peu d'effet.

Le 2, A dix heures du matin, l'orifice était dilaté aux deux tiers, le col bien plus congestionné, d'une couleur pourpre foncé, légèrement fendillé, les douleurs peu

approchées. A quatre heures après midi, l'ouverture s'était un peu élargie à la partie postérieure, la tête était un peu descendue.

On essaya de soutenir la lèvre antérieure avec les doigts, mais la partie postérieure du col se sépara tout entière spontanément et apparut à la vulve. Le médecin présent, M. Kennedy l'enleva, la femme fut accouchée plus tard au moyen du crochet.

La convalescence fut très-longue, plusieurs fois la péritonite fut imminente et il se forma des brides cicatricielles dans la cavité vaginale. En les rompant, il s'écoula de la cavité utérine un flot de pus très-fétide, et la malade finit par se rétablir.

OBSERVATION X (de Weiser).

In Beitræge zur Geburtshülfe und Gynæcologie. 1 Band, 3 Helft. Berlin, 1872.

Chez une primipare de 28 ans, les eaux s'écoulèrent au commencement des douleurs ; après cinq jours de travail et malgré des injections lénitives le col qui était dilaté à peu près comme une pièce de deux thalers, paraissait ne vouloir plus céder. Le soir du cinquième jour, le médecin prévoyant une rupture s'apprêtait à faire des incisions sur ce col qui était très-rigide et dont les lèvres étaient tuméfiées, lorsque en recommençant son investigation il remarqua tout à coup que l'orifice se dilatait brusquement, et que la tête descendait dans le bassin. Une masse charnue, épaisse de 2 à 3 pouces, triangulaire, descendait du vagin, c'était de la substance utérine. Il finit l'accouchement avec le forceps, et en touchant de nouveau il trouva dans le cul-de-sac postérieur un autre fragment qu'il excisa. L'hémorrhagie fut bénigne, la femme guérit, avec une fistule vésico-vaginale qui ne l'empêcha pas de concevoir de nouveau, à ce que croit l'auteur.

OBSERVATION XI (de Dawis).

Extrait du journal de Canstatt, IV, 1845, page 545.

Dawis rapporte un fait dans lequel se produisit une fente transversale de deux pouces et demi de longueur dans le col de la matrice, chez une primipare. Comme l'orifice utérin était très-induré et ne montrait aucune tendance à se dilater, et que d'un autre côté l'enfant était mort, Dawis entreprit la perforation après avoir coupé d'un coup de bistouri le pont charnu formé par le lambeau.

Cinq jours après l'opération, la partie atteinte de l'utérus s'élimina spontanément et la parturiente se rétablit. Le lambeau arraché comprenait les deux tiers de la portion vaginale du col. (Dawis, in *Dublin Medical Presse*, 1845.)

OBSERVATION XII (de Kiwisch).

Nous n'avons pu trouver le texte de cette observation. Voici ce que dit cet auteur dans *Klinische Vorträge über die Krankeiten des weiblichen Geschlechtes*, 1re partie, p. 254 *et seq*.

« La portion vaginale qui ne veut pas céder, peut être arrachée violemment de l'utérus et expulsée au-devant de l'enfant, comme j'ai eu occasion de le voir dans un cas d'accouchement prématuré artificiel et comme l'apprend l'expérience d'autres médecins. »

Meigs, au dire de Staude, a vu un cas analogue au précédent, nous n'avons pu le retrouver.

Nous croyons devoir donner ici un court résumé des observations précédentes, afin que le lecteur puisse juger plus facilement quelle part de responsabilité revient à chacune des causes qui ont amené la production de l'accident.

1° Observation prise à la Clinique. Primipare, 29 ans; rétrécissement léger; rigidité générale du col; douze jours de travail; seigle ergoté; arrachement partiel du col. Mort par suite d'une affection concomitante.

2° Scott. — Primipare, 36 ans; rigidité partielle du col; deux jours de travail; douleur vive au moment de l'accident; hémorrhagie; arrachement complet avec orifice intact; guérison après péritonite; descente de matrice.

3° Lévy. — Primipare, 35 ans; rigidité générale; quatre jours de travail; douleur vive; arrachement complet; orifice intact. Guérison rapide.

4° Staude. — Primipare, 26 ans; rigidité et tuméfaction du col; deux jours de travail; efforts volontaires d'expulsion; arrachement complet; orifice intact; Guérison rapide.

5° Power. — Primipare jeune; rigidité; deux jours de travail; seigle ergoté; arrachement complet; orifice intact. Guérison rapide.

6° Lewer. — Primipare, 33 ans; neuf jours de travail; contraction brusque; rigidité et infiltration du col; arrachement complet; orifice intact. Mort.

7° Lange. — Primipare, 25 ans; deux jours et demi de travail; descente de matrice; rigidité et infiltration du col; arrachement complet; orifice intact. Mort.

8° Kennedy. — Sixième enfant; sept heures de travail; arrachement complet après torsion du lambeau. Guérison.

9° Kennedy. — Travail long ; rétrécissement léger ; rigidité et congestion du col ; arrachement incomplet. Guérison lente après accidents variés.

10° Weiser. — Primipare, 28 ans ; rigidité et tuméfaction du col ; cinq jours de travail, arrachement incomplet ; guérison ; fistule vésico-vaginale.

11° Dawis. — Primipare ; rigidité du col ; arrachement incomplet ; guérison.

12° — Kiwisch. — Accouchement prématuré artificiel ; accouchement complet.

On voit que dans toutes ces observations il est question de primipares âgées et de rigidité du col ; notons aussi le poids des enfants, la grosseur de la tête fœtale et la longueur du travail ; nous allons revenir sur ces différentes causes. En somme, nous avons pu recueillir 8 cas dans lesquels le col a été emporté en totalité et 4 autres dans lesquels il en a été enlevé un ou plusieurs lambeaux.

CHAPITRE III.

ANATOMIE, MÉCANISME ET CAUSES.

Anatomie.

Avant de parler du mécanisme et des causes, nous croyons utile de rappeler, en peu de mots, la disposition anatomique de l'utérus en insistant seulement sur les points qui se rattachent à notre sujet.

Le col utérin a la forme d'un cône allongé et un peu renflé à sa partie moyenne, à sommet inférieur et arrondi ; il est séparé par l'insertion du vagin en deux parties : l'une sus-vaginale, l'autre sous-vaginale. M. Richet (1) lui donne, pour longueur, 25 à 30 cen-

(1) Richet. Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, 3e édition. Paris, 1866, p. 800.

timètres. Littré et Robin (1), 23 à 27. Quant à la longueur de la portion sous-vaginale, la seule qui nous occupe, elle a, d'après ces derniers auteurs, 9 à 11 millimètres en avant, 14 à 16 en arrière; d'après M. Cruveilhier (2), une moyenne de 6 à 12 millimètres, et, d'après M. Depaul (3), 10 à 15 millimètres en avant et 20 à 25 en arrière. M. Richet se contente de dire que c'est à peu près vers l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs que viennent se fixer les parois du vagin, et il ajoute que cette insertion ne se fait pas linéairement, mais occupe, au contraire, une assez large surface, « circonstance heureuse qui permet, dit-il, ainsi que l'a fait observer Lisfranc, de pouvoir, lorsqu'on agit sur le col, remonter bien au delà du point où s'attache la muqueuse sans s'exposer à pénétrer dans la cavité péritonéale. » Nous reviendrons sur cette particularité.

Pendant la grossesse, la muqueuse du vagin est à peu près détachée du col auquel elle est d'ailleurs lâchement unie, et il arrive un moment où les lèvres du museau de tanche se mettent, pour ainsi dire, de niveau avec le cul-de-sac vaginal et n'y font plus aucune saillie. A ce moment l'utérus qui, dans l'état de vacuité, se composait de deux parties, séparées par une portion rétrécie, ressemble à un ovoïde régulier, et l'angle à sinus externe, formé par la réunion du col et du corps, a disparu. Le col, si l'on peut s'exprimer ainsi, est large au lieu d'être long : il représente un diaphragme plus ou moins horizontal; et le vagin, dont les fibres longitudinales se continuent avec celles du corps de la matrice, s'est élargi, attiré par ces mêmes fibres qui tendent à faire ainsi un seul canal assez uniformément conique dont la base correspondrait au fond de l'organe et le sommet à l'ouverture vulvaire.

(1) Littré et Ch. Robin. Dictionnaire de médecine, 13e édition.

(2) Cruveilhier. Traité d'anatomie descriptive. Paris, 1865.

(3) Leçons de clinique obstétricale professées à l'hôpital des Cliniques, rédigées par le Dr de Soyre, chef de clinique. Paris, 1872, 2e fascicule.

La structure de l'utérus a été l'objet de nombreuses recherches; on y admet une séreuse, le péritoine; un tissu propre, et c'est sur cette seule couche que nous insistons; une muqueuse, des vaisseaux et des nerfs.

La couche musculaire, qui forme la partie essentielle du tissu utérin, peut se subdiviser en trois autres. La plus externe est composée de fibres à direction transversale, qui se perdent dans les ligaments larges et les cordons sus-pubiens. Elles sont recouvertes par un faisceau médian, faisceau ansiforme de Hélie (1), qui naît sur la face postérieure de l'utérus, au point de jonction du corps et du col, contourne le fond et redescend à la partie antérieure jusqu'à ce même point de jonction.

La couche moyenne est formée de fibres entrecroisées et n'offre rien de particulier.

La couche interne se compose de faisceaux triangulaires dont la pointe prend naissance au niveau de l'orifice interne du col et dont la base correspond au fond de l'utérus; ces faisceaux sont constitués par des fibres transversales qui réunissent les orifices internes des trompes.

Le col ne renferme que des fibres transversales ou annulaires. Les unes se confondent avec celles de la couche externe du corps, les autres partent de la partie moyenne et forment des arcades, à droite et à gauche, constituant la saillie terminale de l'arbre de vie.

Les fibres du vagin se divisent en deux couches : l'une, externe longitudinale qui se continue avec les fibres analogues de l'utérus; l'autre, interne plus faible, circulaire.

A l'état normal, en dehors de toute menstruation, le tissu du col est plus mou, plus spongieux, plus vasculaire que celui du corps; ce qui tient, dit M. Richet, à deux causes : la première, à ce que c'est la

(1) Hélie. Recherches sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus. Paris, 1864.

partie la plus déclive de l'organe et que le retour du sang y éprouve normalement plus de difficultés, de telle sorte que, relativement au corps, le col peut toujours être regardé comme congestionné; la seconde, à ce que, par suite de ses relations étroites avec le vagin dont il reçoit les insertions, le col participe, jusqu'à un certain point, à l'état vasculaire des parois de cet organe dont un grand nombre de vaisseaux le pénètrent.

Pendant la grossesse, la tunique musculaire de la matrice s'hypertrophie considérablement, et peut acquérir une épaisseur de 2 centimètres. Il y a formation nouvelle de fibres lisses, ces fibres atteignent des dimensions colossales et le développement du tissu conjonctif interstitiel en les isolant, les partage en faisceaux distincts ayant une action propre. La consistance de l'utérus gravide est plus faible que celle de l'utérus normal, surtout au col.

Mécanisme et causes.

Dans le travail de l'accouchement, les contractions utérines ayant pour objet de pousser le fœtus hors de la matrice, l'un des premiers obstacles qui se présentent, est le cercle de l'orifice utérin. L'agent actif de cette expulsion, le faisceau de Hélie, ne va pas jusqu'au col ou du moins les quelques fibres qui s'y rendent sont bien peu puissantes, et il n'est pas difficile de comprendre que l'espèce de diaphragme, formé par ce col non dilaté, peut être emporté, surtout si la musculature du corps de l'utérus, comme cela a été signalé (1), a acquis un développement extraordinaire. Du reste, quand le travail dure depuis un certain temps, le col se trouve œdématié, infiltré, affaibli dans sa texture par la longue compression et l'arrêt de circulation, il cède et peut être emporté partiellement ou totalement. Quant au vagin, comme ses fibres se continuent avec

(1) Arneth. Die Geburtshülfliche. Praxis, 1851.

celles de l'utérus, les externes surtout, il reste attaché à cet organe, fait pour ainsi dire cause commune avec lui, est attiré en haut à chaque contraction, et alors, grâce à la faculté de glissement dont parle Lisfranc, la longueur de la portion sous-vaginale est augmentée par une raison tout à fait mécanique. Aussi, si le col se rompt à ce moment, il est clair que la partie arrachée pourra être plus considérable sans que pour cela la cavité péritonéale soit intéressée.

Les ruptures que nous étudions peuvent se présenter sous deux formes : dans la première, l'orifice reste intact, la fente suit les faisceaux musculaires comme l'a fait pressentir l'anatomie et peut atteindre un développement tel que le col soit entièrement séparé du corps; alors l'enfant entre dans le vagin par l'ouverture artificielle au lieu de passer par l'ouverture normale. Dans une autre forme, la fente n'est pas assez large pour livrer passage au fœtus et celui-ci emporte avec lui la portion comprise entre la déchirure et l'orifice naturel; comme cela se voit, par exemple, dans le cas de Weiser, dans celui que nous avons eu occasion d'observer à la Clinique, et comme M. Depaul l'a signalé.

Causes.

Duparque divise les causes de la rupture de la portion sous-vaginale de l'utérus en : déterminantes actives, déterminantes passives, et prédisposantes. Les autres auteurs se contentent d'une simple énumération. Nous admettons à peu de chose près la division précédente et nous énumérerons :

1° Les causes actives, c'est-à-dire exerçant plus spécialement leur influence sur le corps de la matrice et ayant pour effet d'augmenter l'énergie des contractions de cet organe.

2° Les causes passives; ce sont celles dont le résultat est d'empêcher, d'une manière générale la sortie à temps du fœtus en s'opposant à la dilatation du col.

3° Sous le nom de causes adjuvantes ou prédisposantes, nous rangerons celles qui ne rentrent pas dans les deux premières catégories et qui ne siégent pas plus spécialement au col qu'au corps. Elles n'amènent pas la rupture par elles-mêmes, mais elles en facilitent la production en s'ajoutant à quelqu'une des précédentes et en changeant ainsi le rapport qui existait entre la puissance et la résistance.

Pour produire l'accident que nous étudions, il faut toujours le concours de deux forces réunies, l'une active, la contraction utérine, l'autre passive, l'obstacle que constitue le col non dilaté. En effet, si la première est trop énergique, le fœtus sortira dilatant l'orifice plus rapidement qu'à l'ordinaire, il est vrai, mais le dilatant ; d'un autre côté si le col est assez solide pour résister, les douleurs finiront par se calmer après avoir lutté en vain ; il faut donc en résumé que les fibres utérines aient assez de puissance en se contractant pour emporter le col, assez inextensible lui-même pour se laisser rompre plutôt que de s'ouvrir.

1° *Causes actives*. A. *Activité exagérée de la matrice.* — Dans certains cas, la matrice a paru se contracter avec une énergie extraordinaire, les douleurs ont été plus intenses que d'habitude ; le segment inférieur contre lequel sont dirigés tous les efforts d'expulsion n'a pu former un contre-poids suffisant et il a été emporté sans qu'il y ait ni rétrécissement du bassin, ni compression abdominale, ni travail prolongé, etc.

L'observation de Lévy nous offre un exemple de ce genre, et Arneth (*loc. cit.*) dit que dans ces circonstance la musculature du corps et du fond de l'utérus lui a paru trop développée par rapport au col.

B. *Travail prématuré.* — Quand le travail commence prématurément, qu'il y ait été sollicité par l'accoucheur comme dans le cas de Kiwisch, ou que ce soit le résultat d'un accident, le col n'a pu

encore acquérir les propriétés qui au terme normal de la grossesse lui auraient permis de se dilater, sa structure n'a pas été modifiée dans les mêmes proportions que celle du corps et il est pour ainsi dire surpris par les contractions avant d'avoir été assoupli.

C. *Anomalies des contractions.* — Les douleurs au lieu d'être, comme elles le sont ordinairement, régulières, nettement séparées par des moments de calme, peuvent présenter diverses anomalies et occasionner ainsi des ruptures. Elles sont quelquefois précipitées, empiétant l'une sur l'autre, de trop longue durée, irrégulières, inégales, orageuses pour employer l'expression de l'un des observateurs, etc.; que cet état soit survenu sans motif évident, ou qu'il ait été provoqué par des crampes du corps de l'utérus, des chagrins, une émotion ou une action réflexe.

D. *Ergot de seigle.* — Il existe une anomalie spéciale des contractions, que l'on observe à la suite de l'administration de l'ergot de seigle. Ce médicament tétanise pour ainsi dire l'utérus; les douleurs ne sont plus comme à l'état normal séparées par un repos franc, la fibre musculaire reste contractée et la matrice s'applique très-exactement sur le fœtus. Dans ces conditions les auteurs admettent qu'il peut très-bien survenir une rupture. Dans le cas que nous avons observé à la Clinique il avait été administré de l'ergot, et sans attribuer à cet agent une part trop considérable dans la production de l'accident il nous semble cependant avoir joué un certain rôle, vu les circonstances particulières dans lesquelles se trouvait la parturiente; nous en dirons autant relativement à l'observation de Power. Malgaigne au dire de Duparque (*loc. cit.*) aurait vu une rupture du même genre occasionnée par l'emploi intempestif de ce médicament.

2° *Causes passives.* — Ces causes ont pour résultat la non-dilatation

du col, que celle-ci soit générale comme dans presque tous les cas, ou qu'elle soit partielle, certaines portions seulement du contour de l'orifice restant réfractaires. Dans le cas de Scott que nous citons : « tout le contour de l'orifice était rigide, inextensible, à l'exception d'une légère partie spongieuse tuméfiée, montrant de la tendance à s'étendre. »

A. *Rigidité.* — Le col peut ne pas se dilater pour des raisons très-nombreuses et très-diverses. Quelquefois il est rigide simplement, inextensible, peu élastique, et il résiste passivement comme cela se voit souvent chez les primipares âgées, ou même encore, d'après certains auteurs, chez celles qui sont très-jeunes.

B. *Spasme.* — Quelquefois après avoir subi un commencement de dilatation il est pris d'une crampe, d'une contraction de l'orifice qui l'empêche de continuer à s'élargir, qui a même de la tendance à le refermer à chaque douleur.

C. *Ecoulement prématuré des eaux.* — Le col est long encore à se dilater quand les eaux se sont écoulées prématurément. C'est l'avis de la plupart des auteurs, et l'observation que nous avons prise à la Clinique vient encore confirmer cette opinion.

D. *Obliquité utérine.* — Dans l'antéversion par exemple, le corps de la matrice est porté en avant et le col en arrière, le fœtus n'est plus poussé vers le centre de l'orifice, il appuie sur la lèvre antérieure et l'on peut même quelquefois sentir les sutures du crâne à travers celle-ci ; survienne une contraction violente l'on conçoit la possibilité de l'accident.

E. *Dilatation irrégulière* — Cazeaux a dit que la dilatation irrégulière et commençant par la lèvre postérieure du col était aussi une cause de rupture.

F. *Agglutination, oblitération.* — Le col peut se rompre encore quand les lèvres de l'orifice sont agglutinées ou lorsqu'il est oblitéré totalement par une cicatrice ou par toute autre cause. L'on pourra trouver un exemple de cette lésion survenue dans ces conditions dans la *Gazette des hôpitaux* du 7 novembre 1857.

3° *Causes adjuvantes ou prédisposantes.* — Parmi les causes adjuvantes l'on cite : A. le redressement brusque du tronc et le renversement du corps en arrière ; B. la contraction des muscles abdominaux, que ces efforts aient été volontaires comme dans l'observation de Staude ou qu'ils aient été provoqués par des vomissements ou même par le sentiment de douleur et de gêne que détermine la présence de la tête fœtale pressant sur le col.

Parmi les causes prédisposantes nous rangerons enfin :

C. Les défauts d'organisation du parenchyme, D. la perte de résistance du tissu résultant d'un amincissement extrême. A ce sujet nous ajouterons qu'au dire de quelques auteurs certaines parties du col étant normalement plus minces que d'autres sont par là même prédestinées aux ruptures. Mme Lachapelle cite la lèvre postérieure, Leroy (1) la partie inférieure gauche. Duparcque la lèvre antérieure et surtout la postérieure.

E. Le rétrécissement léger ou l'étroitesse relative du canal dépendant du volume excessif, ou de la situation vicieuse du fœtus.

Si le rétrécissement est excessif, les contractions luttant contre un obstacle invincible s'arrêteront bientôt épuisées ; mais s'il est au contraire léger, la tête fœtale peut encore jusqu'à un certain point s'engager ; alors la portion du tissu utérin comprise entre cette tête et le détroit supérieur, comprimée, pourra se rompre pendant une

(1) Histoire de la grossesse, p. 241.

violente contraction ou un redressement brusque du tronc, ou la compression intempestive de l'abdomen (P. Dubois). Radfort Thomas (1) dit aussi : « la cause la plus fréquente (l'auteur cite dix-neuf cas de rupture utérine) était une légère étroitesse du bassin. » Dans le cas observé à la Clinique, le bassin n'avait que 92 millimètres, et le fœtus pesait 3,950 grammes ; celui de Staude pesait 3,930 grammes et celui de Lange avait une tête considérable. Lewer dit de son côté que la tête fœtale était large, que les os paraissaient soudés, et qu'ils ne jouaient plus les uns sur les autres.

F. La primiparité joue un rôle très-considérable dans la production des lésions que nous étudions ici; il est facile de s'en convaincre en se reportant aux observations précédentes. Leur examen fait voir de plus, que l'âge des parturientes est loin d'être sans influence; presque toutes en effet avaient de 25 à 30 ans. Celle de Lévy en avait même 35 et celle de Scott 36.

G. *La durée du travail.* — On conçoit parfaitement que, lorsque la tête séjourne longtemps sur le col, celui-ci s'engorge, se tuméfie, se sphacèle même par suite de la compression à laquelle il est soumis et de la gêne de la circulation; et une contraction, qui à un autre moment n'aurait pas produit d'accident, peut maintenant en occasionner un. Duparcque (*loc. cit.*) dit : « Les histoires particulières prouvent qu'elles ne sont survenues (ces ruptures) dans la plupart des cas, qu'après un travail laborieux et difficile. » Les observations que nous rapportons confirment cette idée.

H. Ce même auteur cite aussi un cas dans lequel la séparation aurait eu pour agent actif « le bord interne du sacrum et de l'os des îles, qui ressemblait en quelque sorte au tranchant d'un couteau d'ivoire, et avait coupé toute l'épaisseur de la matrice comme si elle eût été étranglée par une ligature. »

---

(1) Cases of laceration, etc., in Transactions of the obstetric Society, 1866.

I. Dans le cas décrit par Lange, il existait une descente de matrice, » et les tissus avaient été comme écrasés contre les os ; ils étaient mous, très-déchirables.

J. *Largeur exagérée du bassin.* — M. Stolz dans l'article *Distocie* du Nouveau Dictionnaire de médecine pratique, dit que chez les primipares à bassin large, la tête plonge dans l'excavation dans les derniers temps de la grossesse et qu'alors l'orifice se dilatant péniblement, la lèvre antérieure est entraînée et comprimée contre la symphyse des pubis.

Si on ne la réduit pas elle forme bride devant la tête, et en rend l'extension très-difficile et très-douloureuse. Nous sommes très-porté à voir là une cause possible de rupture utérine s'il survient dans ces conditions des contractions énergiques. D'autant plus que M. Depaul a eu, comme il le dit dans ses leçons de clinique, occasion de voir un certain nombre de cas dans lesquels les lèvres du col comprimées entre la tête fœtale et les parois du bassin ont été plus ou moins complètement séparées du reste de l'organe.

En tout cas, l'auteur de l'article cité plus haut dit que c'est là une cause efficiente d'allongement hypertrophique de la lèvre antérieure du col, allongement qu'on rencontre fréquemment du reste, et d'abaissement de l'utérus ; or nous avons vu dans l'observation de Lange, que cet abaissement lui-même n'a pas été sans influence sur la production de l'accident.

CHAPITRE IV.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. TRAITEMENT.

Diagnostic.

Mme Lachapelle et la plupart des accoucheurs disent que les ruptures du col ne présentent rien de particulier et qu'elles ont les mêmes signes que toutes les autres ruptures utérines. Duparcque est à peu près du même avis; d'après lui elles se reconnaissent surtout par le toucher. Il insiste cependant sur le caractère de la douleur qui accompagne leur production. Cette douleur est sus-pubienne, dit-il; or, dans le cas de Staude et dans celui que nous avons eu occasion d'observer, les femmes se plaignaient de souffrir au-dessus du pubis. Bien que ce symptôme ne se rencontre pas dans tous les cas, il nous paraît cependant avoir une certaine valeur quand il existe; du reste l'on sait que la dilatation pénible du col pendant le travail donne lieu à des douleurs de ce genre. Souvent l'on n'observe que des tiraillements, une sensation désagréable de tension; ou bien l'accident est précédé d'un effort plus énergique, d'une douleur plus violente; souvent aussi rien de particulier n'attire l'attention. Nous citerons à part le cas de Scott, dans lequel la parturiente assura avoir senti se faire une rupture dans son ventre, et, chose plus étonnante, une assistante déclara avoir entendu se produire la lésion. Mme Lachapelle (*loc. cit.*) dit dans la note de la page 110: «Des auteurs, Steidèle, Piet, Behling, Rœderer avaient parlé d'un craquement entendu par les assistants; Cornax a reconnu que ce n'était qu'un borborygme violent.» Elle n'ajoute aucun commentaire et nous imiterons sa réserve.

L'hémorrhagie est peu abondante dans ces accidents, ce qui peut tenir à ce que les parties sont distendues et comprimées entre la tête

de l'enfant et les parois du bassin. Dans l'observation de Scott seule il y a un écoulement de sang considérable.

Pronostic.

Le pronostic est certes grave, mais beaucoup moins que dans les autres ruptures utérines. Staude dit : « Deux femmes dont la fin m'est connue moururent; trois firent des péritonites et guérirent; plusieurs n'ont éprouvé aucun accident et se sont rétablies rapidement. » La malade que nous avons eu l'occasion de voir à la Clinique est morte, il est vrai, mais nous avons parlé plus haut des raisons qui nous faisaient rattacher sa mort à une autre cause que la rupture. Ajoutons que dans le cas de Weiser il subsista une fistule vésico-vaginale.

Nous ne pouvons rien dire de précis en fait de pronostic relativement à l'enfant, parce que la plupart des observations ne parlent pas de celui-ci. Tout ce que nous savons c'est que dans le cas de Scott il était vivant, tandis qu'il était mort dans le cas observé par Staude et celui que nous avons vu nous-même.

Traitement.

Le traitement est plutôt prophylactique que curatif, car les ruptures une fois produites ne réclament généralement rien de spécial; tandis qu'au contraire il est possible dans certains cas de les prévenir, et nous croyons que l'introduction dans la pratique des incisions multiples sur le col rigide a contribué jusqu'à un certain point à rendre cet accident plus rare.

Contre la déviation de l'orifice, l'on mettra en pratique les conseils donnés par les auteurs, l'on tâchera de le ramener vers le centre de l'excavation et de faire glisser le col sur la tête. Nous n'insisterons pas sur les moyens de remédier à l'oblitération, à l'occlusion

du col, etc., et nous ne parlerons que de la conduite à tenir dans les cas de contractions douloureuses et irrégulières, de spasme et de rigidité du col.

Voici un résumé des ressources thérapeutiques dont on peut disposer.

Contre les contractions irrégulières et douloureuses, il conviendra d'employer, suivant les cas et les indications résultant de l'état individuel:

La saignée, les bains tièdes et émollients, les onctions huileuses calmantes ou les cataplasmes; les infusions théiformes, la poudre de Dower; les injections chaudes de demi-heure en demi-heure, additionnées de teinture aqueuse d'opium ou de belladone et les demi-lavements laudanisés.

M. Stoltz obtenait de bons résultats de la potion suivante :

Succinate d'ammoniaque, 2 grammes.
Sirop d'opium 20 id.

dans un véhicule aromatiqne; par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure.

Quelquefois la contraction est incomplète, parce qu'au moment où elle allait atteindre son plus grand développement elle a été interrompue par une douleur vive; très-souvent celle-ci tient à la plénitude de la vessie; il sera donc utile de pratiquer le cathétérisme dans ce cas.

Contre le spasme du col l'on obtiendra de bons effets des injections narcotiques, des lavements opiacés, de la dilatation forcée des sphincters, etc. Chaussier employait la pommade suivante :

Axonge 30 grammes.
Extrait de belladone 8 id.

P. Dubois portait sur l'orifice en la plaçant sous l'ongle du doigt une boulette d'extrait de belladone pur, et la chaleur la faisait fondre. Cazeaux préfère un bourdonnet de charpie imbibé d'extrait liquide.

Si l'orifice est rigide simplement, soit à cause de l'âge des fem-

mes, soit à cause de la primiparité, soit parce qu'il est hypertrophié, engorgé, etc., en un mot quand sa non-dilatation est passive, si les bains tièdes n'ont pas amélioré la situation, il convient de faire quelques scarification innocentes. Elles évitent une fente unique et profonde, dans certains cas rares, il est vrai, l'arrachement complet de la portion vaginale, et même lorsque le degré de tension est assez considérable, la rupture du corps de la matrice. C'est surtout lorsque la dilatation naturelle du col paraît être arrivée à son maximum tout en n'étant pas en rapport avec les progrès de la parturition, qu'il nous semble indiqué de provoquer une dilatation artificielle plutôt que d'attendre le résultat parfois funeste des efforts de la nature.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie. — Du crâne et de la face.

Physiologie. — De la contractilité musculaire. Influence du sang et du système nerveux sur la contractilité musculaire.

Physique. — Phénomènes capillaires, endosmose des liquides et des gaz ; applications physiologiques.

Chimie. — Azote, phosphore, arsenic ; leurs caractères distinctifs, leur préparation.

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des rongeurs. Du castor, et du castoréum. De l'ondatra ou rat musqué. Du daman.

Pathologie externe. — De la valeur de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright.

Pathologie générale. — Des diathèses.

Anatomie pathologique. — Anatomie pathologique de la fièvre typhoïde.

Médecine opératoire. — De l'extraction linéaire de la cataracte comparée aux autres procédés.

Pharmacologie. — Des potions, des juleps, des mixtures, règles à suivre pour leur prescription et leur préparation.

Thérapeutique. — De la révulsion, de la dérivation.

Hygiène. — Des aliments.

Médecine légale. — Quels sont les poisons qui peuvent se développer dans le corps de l'homme, pendant la vie ou après la mort ; se développe-t-il de l'acide cyanhydrique pendant la putréfaction?

Accouchements. — Des signes certains de la grossesse.

Vu, bon à imprimer,

DEPAUL, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

A. MOURIER.

TABLE DES MATIÈRES.